EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur R. PAULY

EXPOSÉ

DES

TITRES et TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR R. PAULY



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur R. PAULY

I

TITRES

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
(Concours de 1887.)

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON
(Concours de 1891.)

LAURÉAT DE L'INTERNAT
(Prix Bouchet, 1895.)

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON
(Médaille de bronze, 1895.)

MONITEUR DE CLINIQUE MÉDICALE (1895)

MÉDECIN DU BUREAU DE BIENFAISANCE DE LYON

(Concours de 1895.)

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE LYON

(Concours de 1896.)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON (1898)

II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PATHOLOGIE INTERNE, BACTÉRIOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALE

MALADIES INFECTIEUSES

1. — **Fièvre typhoïde contractée à l'hôpital** (Société de Médecine de Lyon. 27 décembre 1897. *Lyon Médical*, 1898, t. 87, p. 88).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, entrée à l'hôpital pour des crises épileptiques. Pendant son séjour, une typhique entra dans la salle et elle lui donna des soins. Un mois après l'entrée de la typhique, et deux mois après sa propre hospitalisation, cette épileptique fut atteinte de dothiénentérie, et mourut d'hémorrhagies intestinales le 36e jour de sa fièvre; le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

J'admis, dans ce cas, la contamination par contact direct. Cette observation donna lieu à une discussion à la Société de Médecine.

M. Lannois cita six faits de contamination qu'il eut l'occasion d'observer chez des infirmiers militaires.

MM. Horand, Soulier, Bondet, Annequin prirent part à cette discussion. Tous furent d'accord pour donner peu de place à la contagion par l'air et pour incriminer la contamination, soit par les boissons et les ingesta, soit par le contact direct.

---

2. — **Enquête sur la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon** (Société de Médecine de Lyon, 24 janvier 1898. *Lyon Médical*, 1898, t. 87, p. 193).

Le résultat de cette enquête a été publié plus complètement dans le travail suivant que dans la communication à la Société de Médecine où je n'ai guère rapporté que des conclusions.

---

3. — **La contagion hospitalière de la fièvre typhoïde** (*Revue de Médecine*, 1898, t. 87, p. 605).

Je commence l'étude de cette question en passant en revue les opinions émises, à ce sujet, par les différents auteurs. Tandis qu'Andral s'appuyait sur la non-contagiosité dans les hôpitaux pour rejeter la spécificité de la maladie, Bretonneau et Gendrin soutenaient cette contagiosité. Leuret, Louis, Lombard et Fauconnet, Piedvache, Bénédict Teissier, Murchison ont, à ce sujet, des opinions différentes; les premiers citent des exemples de contagion à l'hôpital; Murchison, au contraire, nie la contagiosité, rapportant toute l'étiologie de la fièvre typhoïde aux émanations putrides. En 1867 eut lieu, à l'Académie de Médecine, une discussion dans laquelle Guéneau de Mussy soutint la théorie putride, et M. Jaccoud la théorie de la contagion.

Les médecins militaires, Vallin, Colin, Arnould citent des cas intérieurs dans les hôpitaux militaires.

Quinquaud, Ollivier, Letulle, Debove, Gérin-Roze, Catrin, Steger à Wurzbourg, Fernet, Lemoine publient des faits de contagion dans les hôpitaux.

Quant au mode de contagion, il est très diversement apprécié. Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour reconnaître que, à l'hôpital comme en ville, il peut se déclarer des cas intérieurs de

fièvre typhoïde, d'origine hydrique : l'eau de boisson, le lait, les aliments peuvent avoir été contaminés et, dans ce cas, l'étiologie ne diffère pas de celle qui est bien établie depuis les travaux de MM. Chantemesse et Widal, Brouardel, Thoinot, etc. Mais peut-il y avoir d'autres modes de contagion?

1° Peut-on incriminer le transport des germes par l'air?

Legry tend a l'admettre. Expérimentalement, MM. Miflet, Lassuire et Bordas ont vu que l'air barbotant sur des cultures typhiques liquides peut entraîner des germes. M. Sicard, trouvant des bacilles d'Eberth dans l'eau où il recueillait l'air expiré par des typhoïdiques, en conclut que l'expiration des malades peut chasser des germes spécifiques dans l'atmosphère environnante. Uffelmann montre que le bacille typhique peut parvenir dans le tube digestif, soit directement par la bouche, soit indirectement avec les poussières que le vent soulève et qui se déposent sur les aliments liquides et solides.

Ici se place précisément une nouvelle question. En admettant la possibilité de la contagion aérienne, se fait-elle par l'intermédiaire des aliments et du tube digestif ou bien se fait-elle directement par les voies respiratoires? A l'appui de ce dernier mode de contamination, on peut rappeler l'existence des pneumotyphoïdes, de M. Lépine. Mais cette dernière forme est rare et on ne la cite pas dans les cas de contagion hospitalière. Cependant Richardière l'admet dans un cas observé par lui.

D'autre part, les expériences récentes de Germano sont peu en faveur de la contamination aérienne.

2° Si l'on met à part les faits de contamination par l'eau ou les aliments souillés au dehors, si l'on fait une place très minime à la contamination par l'air, on peut encore admettre un autre mode de contagion pour expliquer les cas intérieurs hospitaliers : c'est la contamination des mains par les linges, vêtements, ustensiles divers servant aux malades et souillés par les matières fécales.

C'est le mode de contagion le plus fréquent à l'hôpital, celui qu'ont mis en évidence les faits publiés par Lemoine, Laveran, Œttinger, Bourcy, Troisier, Netter etc... et par moi-même.

A la suite de l'enquête que j'ai faite auprès des médecins des hôpitaux de Lyon, et en comptant un cas déjà publié par M. le professeur Bondet, j'ai pu réunir 37 cas intérieurs dont 24 chez les malades et 13 chez les sœurs ou infirmiers. Il est à remarquer

que, sur ces 37 cas, 10 furent mortels, ce qui donne un pourcentage élevé, explicable, d'ailleurs, par la faible résistance offerte par les contagionnés, malades ou surmenés.

Voici, brièvement résumées, mes conclusions :

L'existence de la contagion de la fièvre typhoïde est démontrée; à l'hôpital, elle frappe surtout les infirmiers et, bien plus rarement les malades; encore, dans ce dernier cas, s'agit-il de malades qui remplissaient plus ou moins le rôle d'infirmiers.

Les cas intérieurs dans les hôpitaux peuvent être dus, comme à la ville, à l'eau potable; cela est évident et c'est la première enquête à laquelle on doit se livrer quand on est en présence d'une épidémie d'hôpital.

Ces cas mis à part, la contagion par l'air étant peu admissible et, en tous cas, très probablement exceptionnelle, c'est surtout la contamination par les mains souillées de matières fécales qu'il faut incriminer. Aussi n'ai-je pas dû conclure, comme l'ont fait Letulle, Lemoine, Guinon, Netter, à la nécessité de l'isolement des typhiques dans des salles spéciales. A Lyon, nous n'isolons pas les typhiques : il résulte, en effet, de cette étude, que la contagion devra toujours être évitée par des soins minutieux des mains et des vêtements chez toutes les personnes qui ont des contacts directs avec les malades atteints de dothiénentérie.

---

4. — **Un cas d'actinomycose sous-maxillaire** (Société des Sciences Médicales de Lyon, mai 1893. *Lyon Médical* 1893, t. 73, p. 193).

Un cultivateur de 65 ans a vu, en avril 1893, se développer une nodosité vers l'angle du maxillaire inférieur gauche : cette nodosité a lentement augmenté de volume, puis est devenue douloureuse, et alors un médecin, consulté, donna un coup de lancette. Au moment de la présentation du malade, on voyait, sur le côté gauche du cou, au-dessous du maxillaire, plusieurs orifices fistuleux, par lesquels on pouvait faire soudre du pus contenant des grains jaunes caractéristiques. Des préparations montrérent nettement l'actinomyces.

C'est un des premiers cas d'actinomycose observés en France.

5. — **Chancre syphilitique extra-génital** (Société Médicale des Sciences de Lyon, novembre 1891. In *Lyon Médical* 1892, t. 69, p. 21).

Un malade du service de M. Cordier présente un chancre syphilitique du front, de la largeur de la paume de la main, et dont l'inoculation serait due à une plaie produite par une planche. Il y avait un engorgement des ganglions du cou à gauche. En même temps existait une éruption secondaire : plaques muqueuses de la bouche, de la verge ; il y avait de l'alopécie. En outre, on voyait, sur la pommette droite, une plaque indurée, large comme une pièce de un franc, ayant tous les caractères d'un chancre et s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire du même côté. Cette plaque était apparue un mois et demi après le chancre du front. Pour M. Cordier, il ne s'agissait pas d'un second chancre, mais bien d'un accident secondaire présentant tous les caractères d'un accident primitif.

M. Horand inclinait plutôt à penser qu'il s'agissait d'une seconde inoculation

Le fait est, en tout cas, curieux et exceptionnel.

---

6. — **Gomme du méat urinaire** (Société des Sciences Médicales de Lyon. In *Lyon Médical* 1892, t. 69, p. 475).

Un malade présente une lésion simulant un accident primitif, accompagnée d'engorgement ganglionnaire. L'existence d'un accident semblable, quelques années auparavant, permit d'éliminer l'idée d'une réinfection syphilitique. Il s'agissait bien d'une gomme.

---

7. — **Un cas de réinfection syphilitique** (Société des Sciences Médicales de Lyon, in *Lyon Médical* 1892, t. 69, p. 475).

Un homme soigné, en 1877, pour des accidents primitifs et secondaires, à l'hôpital d'Alger, se présente, en février 1892, dans le service de M. Cordier, avec des accidents secondaires ayant succédé à des accidents primitifs dont on voit la cicatrice sur la joue gauche

8. — **Réinfection syphilitique** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 691).

C'est un court exposé historique de la question auquel je joins l'observation complète du malade précédent, que M. Cordier considère comme un exemple certain de réinfection.

INTOXICATIONS

9. — **Etude sur un cas d'intoxication aiguë par l'absinthe** (En collaboration avec M. Bonne, interne des hôpitaux. Société de Médecine de Lyon, 3 mai 1897, et *Lyon Medical* 1897, t. 85, p. 431).

Un homme d'une trentaine d'années, dans l'intention de se donner la mort, absorbe d'un seul trait le contenu d'un carafon d'absinthe. Il se lève pour sortir de l'établissement et, arrivé sur le trottoir, tombe inerte ; on l'amène à l'hôpital trois heures après, et il est reçu dans le service de M. le professeur Lépine.

Il est en état de mort apparente avec hypothermie, abolition de tous les réflexes, dans le coma le plus absolu et meurt 18 heures après l'ingestion de la liqueur d'absinthe.

L'autopsie montre de la congestion d'un poumon, un peu de congestion du cerveau, un piqueté hémorrhagique de la muqueuse de l'estomac.

Les diverses analyses chimiques, faites par M. Martz, ont montré que les différents organes ou liquides de l'organisme contenaient les proportions suivantes d'alcool :

	Alcool 0/0	Quantité totale
Foie..............	0.21..............	2 cc. 6
Cerveau.........	0.47..............	7 cc. 05
Sang..............	0.33.....	19 cc. 80
Urine.............	0.24..............	0 cc. 312

Bile et estomac : des traces (de nombreux lavages de l'estomac avaient été pratiqués).

Si l'on prend comme unité le poids d'alcool trouvé dans le sang on trouve les chiffres suivants :

Sang..........................	1
Cerveau....................	1.42
Foie.........................	0.63

D'où il faudrait conclure que l'alcool a une prédilection marquée pour les centres nerveux, fait qui aurait une certaine importance au point de vue médico-légal; en effet, dans une expertise, il faudra surtout examiner le cerveau, si la mort n'est survenue que tardivement.

L'examen histologique des pièces a montré :

1° une gastrite desquamative aiguë avec destruction complète des cellules principales des glandes de l'estomac ;

2° Une surcharge pigmentaire des cellules hépatiques.

3° La présence du même pigment dans la rate.

4° Des foyers de dissociation segmentaire du myocarde.

5° Une néphrite diffuse avec hémorrhagies glomérulaires.

Le fait le plus intéressant, au point de vue histologique, est la présence d'un pigment particulier dans le foie, la rate et le cœur; ce pigment a tous les caractères du pigment ocre, ou pigment ferrique, dans la rate. C'est donc un fait important qui plaide en faveur de l'origine hématique du pigment ocre, puisque la production de ce pigment s'accompagnait de lésions hémorrhagiques de divers organes.

Enfin ce cas soulevait une question théorique : devait-on attribuer aux essences ou à l'alcool la mort du malade et les symptômes observés avant cette mort? Il est certain que l'état de stupeur dans lequel était plongé le malade était en faveur de l'opinion de MM. Cadéac et Meunier qui considèrent certaines essences de la liqueur d'absinthe (anis, badiane, etc.) comme essentiellement stupéfiantes. Mais, d'autre part, les recherches de Magnan et de Laborde ont montré que l'essence d'absinthe était le type des poisons épileptisants. Nous avons, Bonne et moi, calculé que la dose d'alcool absolu ingérée par cet homme était suffisante pour le tuer en état comateux ; aussi nous a-t-il semblé que ce cas ne pouvait pas, d'une façon certaine, être invoqué en faveur de l'opinion de MM. Cadéac et Meunier.

C'est, d'ailleurs, un point encore discutable, et M. le professeur Lépine, après ma communication à la Société de Médecine, a soutenu que cette mort pouvait fort bien être mise sur le compte de l'action particulière des essences, action stupéfiante, comme l'admettent MM. Cadéac et Meunier.

MALADIES GÉNÉRALES

---

10. — Un cas d'achondroplasie chez l'adulte (En collaboration avec M. Teyssier, interne des Hôpitaux. *Province Médicale*, 13 octobre 1900, p. 489).

C'est un malade qui présente une petite taille, et une disproportion évidente entre le développement du tronc et celui des membres. Au nanisme et à la micromélie se joignent la disproportion segmentaire des membres (les segments supérieurs des membres, bras et cuisses, sont proportionnellement plus courts que les segments inférieurs), un indice céphalique de 94, une intelligence bien développée, un aspect massif des mains et des pieds, tous symptomes qui nous l'ont fait rapprocher du type achondroplasique décrit par Parrot et, tout récemment, par M. Marie.

---

11. — Exostoses ostéogéniques. (Société de Médecine de Lyon, 6 juin 1898. *Lyon Médical* 1898, t. 88, p. 266).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint d'exostoses multiples, dont le sujet prétend avoir été porteur dès sa première enfance. Ces exostoses sont très apparentes sur tous les os longs, et les plus volumineuses sont situées à l'extrémité inférieure des fémurs et à l'extrémité supérieure des tibias. Elles ont cessé de s'accroître en même temps que finissait la croissance. La radiographie a montré qu'elles sont constituées par une très petite coque osseuse entourée d'un cartilage épais (Destot).

CŒUR

12. — **Cancer de l'estomac avec noyau secondaire du cœur.** Société des Sciences Médicales de Lyon (In *Lyon Médical* 1893, t. 73, p. 16).

Je présente des pièces anatomiques qui montrent un néoplasme de l'estomac avec noyaux secondaires hépatiques nombreux et volumineux et, au cœur, sur la valve aortique de la mitrale, une perforation voisine du bord de la valve, grosse comme une tête d'épingle et entourée de végétations. Cette perforation s'était traduite, pendant la vie, par des signes d'insuffisance mitrale. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une endocardite infectieuse ou bien d'une généralisation carcinomateuse au cœur.

Je puis ajouter que l'examen histologique démontra, dans la suite, qu'il s'agissait bien d'un noyau de généralisation (l'examen fut fait par mon ami, M. J. Paviot).

APPAREIL RESPIRATOIRE

13. — **Une observation d'œdème aigu du larynx** (In thèse de Sargnon, Lyon 1900, p. 345).

J'ai remis à M. Sargnon une observation d'œdème aigu du larynx, probablement d'origine brightique. Lui-même a pratiqué le tubage du larynx chez ce malade qui a rapidement guéri.

14. — **Un cas de pleurésie syphilitique** (En collaboration avec M. Duplant, interne des Hôpitaux (*Province Médicale*, 5 février 1898).

Un jeune homme de 20 ans, présentant des accidents secondaires, entre à l'hôpital avec de la dyspnée, des signes de bronchite, un frottement pleural à la base droite; les frottements devinrent énormes dans la suite et s'accompagnèrent de matité. Cette lésion pleurale guérit en même temps que les accidents secondaires de la langue par le traitement spécifique.

Après avoir rappelé que M. Dieulafoy avait attiré l'attention sur les accidents pleuraux de la syphilis, nous rapprochons notre observation de cas tout à fait semblables, publiés par MM. Chantemesse et Widal.

APPAREIL DIGESTIF

15. — Cancer de l'estomac. Gastrostomie (Société des Sciences Médicales de Lyon, 1892 (In *Lyon Médical* 1892, t. 70, p. 52).

C'est une présentation de pièces anatomiques. Le malade avait été gastrostomisé par M. Poncet, parce qu'il présentait un rétrécissement infranchissable de l'œsophage et, à l'autopsie, on trouva un cancer du pylore, mais autour de l'œsophage existaient des ganglions qui avaient pu aider à la coarctation de ce tube, due probablement surtout à un spasme du cardia.

Le malade eut une amélioration passagère après son opération, par disparition de ce spasme. M. Cordier, chez qui le malade était venu mourir, m'a fait présenter ces pièces anatomiques qui montraient une erreur de diagnostic, à laquelle il faudrait songer en pareil cas.

En somme, il résulte de ce fait qu'un cancer du pylore peut provoquer un spasme de l'œsophage tel qu'on est exposé à faire le diagnostic de cancer du cardia.

16. — Mort par hémorrhagie du foie dans le cours de la lithiase biliaire (*Lyon Médical* 1892, t. 70, p. 430).

Après l'exposé de quelques recherches bibliographiques qui ne m'ont pas fait découvrir beaucoup de faits à ce sujet, je rapporte l'observation de ma malade, qui mourut brusquement après avoir présenté une douleur atroce dans l'abdomen (douleur qu'on aurait pu rapporter à une colique hépatique puisqu'elle était en traitement pour cette affection) un ballonnement excessif du ventre et un refroidissement général.

A l'autopsie, à l'ouverture de l'abdomen, on trouva un énorme caillot aplati, sur lequel les côtes avaient laissé leur empreinte, et

qui recouvrait l'intestin au niveau de l'hypochondre droit. Il y avait un peu de liquide sanguinolent dans l'abdomen.

La capsule de Glisson était mince et décollée sur une immense étendue au niveau du bord antérieur du foie. La déchirure était droite, comme faite au ciseau. La partie du foie correspondant à ce décollement était tapissée, par places, de caillots rouges, peu épais, adhérents à la substance hépatique. Celle-ci se déchirait avec la plus grande facilité.

A la partie postérieure et gauche du lobe droit existait une déchirure du foie qui menait dans un foyer hémorrhagique intra-hépatique, de la capacité du poing.

En dehors de ces lésions, il existait un calcul engagé dans le cholédoque.

---

17. — **Lithiase biliaire et fièvre typhoïde** (in thèse de Pichon, Lyon. 1900)

J'ai remis à M. Pichon une observation qui figure dans sa thèse et qui établit les relations qui peuvent exister entre la fièvre typhoïde et la lithiase biliaire.

---

18. — **Sténose du pylore d'origine biliaire** (*Province Médicale* 1896, p. 427)

C'est une revue générale de la question d'après la thèse d'Alex (Lyon 1896).

---

19. — **Volumineux kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction avec l'aspirateur de Potain** (En collaboration avec M. Devic, agrégé, médecin des hôpitaux. *Province Médicale* 1896, p. 497).

A propos d'un cas de guérison de kyste hydatique du foie, constaté encore 5 ans 1/2 après l'opération, nous cherchons à établir, contre l'opinion de la plupart des chirurgiens qui rejettent absolument ce mode de traitement, nous cherchons à établir que c'est le premier traitement à appliquer et que, souvent, il suffit, à lui seul, sans qu'on soit obligé de renouveler la ponction et, *a fortiori*, d'avoir recours à la laparotomie.

20. — Cancer du foie sans glycosurie alimentaire ni abaissement du taux de l'urée (*Province Médicale* 1894, p. 235).

Il s'agit d'un cancer primitif du foie à marche très rapide dont le porteur n'a pas présenté de signes d'insuffisance hépatique. A propos de la présentation des pièces anatomiques à la Société des Sciences Médicales de Lyon, M. Bard a émis cette idée que les cellules cancéreuses conservent le type et la fonction des cellules normales du tissu dont elles émanent, de sorte que, pour lui, un cancer primitif du foie doit toujours présenter beaucoup d'urée dans les urines.

---

21. — Cancer du pancréas (*Lyon Médical* 1890, t. 63, p. 459)

C'est un cancer primitif du pancréas avec noyaux secondaires du foie, des reins et du péritoine.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

22. — **Cancer prostato-pelvien, avec adénopathie sus-claviculaire gauche**
(*Lyon Médical* 1895, t. 78, p. 262).

J'ai présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon les pièces anatomiques provenant de ce malade et montrant un cancer prostato-pelvien, tel que l'a décrit M. Guyon. C'est un cancer prostatique accompagné d'une énorme masse ganglionnaire, qui remplit le petit bassin, entoure l'aorte, et remonte ainsi le long de la colonne vertébrale. En outre, il existait des ganglions inguinaux et des ganglions très durs dans le creux sus-claviculaire gauche. On sait que cette adénopathie sus-claviculaire, dite de Troisier, peut s'observer dans tous les cas de cancers abdominaux; elle peut, comme le fait précédent le démontre, être vue dans le cancer de la prostate.

SYSTÈME NERVEUX

23. — **Kyste du cerveau.** (*Lyon Médical* 1893, t. 73, p. 202).

Le malade présentait des crises d'épilepsie jaksonienne prédominant dans le membre supérieur gauche et débutant par là. Les crises étaient subintrantes et l'état comateux grave. M. Jaboulay le trépana, tomba sur un kyste plein d'un liquide clair (sans traces de crochets d'échinocoques) et put énucléer la poche. Les crises diminuèrent beaucoup de fréquence après cette intervention. Malheureusement le malade mourut de broncho-pneumonie quelques jours après l'intervention.

---

24. — **Ancien abcès du cerveau. Epilepsie jaksonienne** (*Province Médicale* 1896, p. 413).

C'est une observation curieuse d'une femme qui, depuis dix ans, présentait des crises d'épilepsie généralisée et qui mourut en état de mal. On trouva, à l'autopsie, un ancien abcès, transformé en un kyste contenant une matière caséeuse, et siégeant dans le lobe frontal droit, bien loin en avant des centres moteurs. Ce fait est important, car il montre que, si l'on s'était basé sur les symptômes pour faire la trépanation, on eût certainement appliqué le trépan beaucoup trop en arrière, de sorte que la tumeur aurait échappé au chirurgien.

---

25. — **Syphilis cérébrale à forme comateuse** (Société de Médecine de Lyon, 2 mai 1898. *Lyon Médical* 1898, t. 88, p. 154).

Un homme de 27 ans est amené dans le service de M. le professeur Lépine, sans que nous puissions avoir d'autre renseignement que ce fait, qu'il a été traité deux ans auparavant pour un chancre

syphilitique. Il présente, à son entrée, un délire violent, qui bientôt fait place à un coma absolu. Un traitement énergique mixte, avec frictions mercurielles et injection de calomel, d'une part, et des doses élevées d'iodure de potassium de l'autre, finit par guérir le malade de ses accidents graves. Voici les points les plus curieux de cette observation. C'est d'abord la marche de la température qui, pendant les premiers jours, oscillait autour de 38°, puis s'est abaissée brusquement à 35°1 et s'est maintenue pendant douze jours entre 35°8 et 36°5 ; c'est, d'autre part, le fait que nous avons pu constater, avec M. Louis Dor, l'existence d'une rétinite syphilitique tout à fait typique, caractérisée surtout par une infiltration des gaines périvasculaires, de la thrombose des artères rétiniennes et de petits points hémorrhagiques de la rétine. Ces constatations étaient importantes pour le diagnostic.

---

26. — **Une variété de cécité psychique.** (*Lyon Medical* 1898, t. 88, p. 364).

Voici le résumé de cette observation clinique : une femme de 56 ans, à la suite de petites attaques non accompagnées d'hémiplégie, ni d'aphasie, a présenté une hémianopsie droite avec conservation de la vision des couleurs ; une amnésie portant surtout sur les dates ; une impossibilité de nommer les objets à l'aide de la vue seule, tandis que le toucher lui permettait habituellement de retrouver les noms de ces mêmes objets ; la conservation relative de la reconnaissance d'un dessin et la perte de l'évocation des images visuelles.

M. le professeur Lépine a proposé, pour classer les cas semblables, le nom d'agnoscie visuelle et a ultérieurement fait soutenir une thèse sous ce titre à son élève Nodet.

26.— **Un cas de syndrome de Weber** (Société de Médecine de Lyon, 7 mai 1900. *In Lyon Médical* 1900, t. 94, p. 89).

Un homme, à la suite de plusieurs attaques d'apoplexie, présente une paralysie totale des membres gauches avec paralysie du facial inférieur du même côté et de l'hypoglosse, de l'hémianesthésie gauche, du trismus et, en même temps, un strabisme divergent avec immobilité de l'œil droit, sauf dans le regard en dehors ; la paralysie du moteur oculaire commun était dissociée, la pupille réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Je portai le diagnostic de ramollissement, par artérite syphilitique, de la moitié droite du pédoncule cérébral, diagnostic qui fut entièrement vérifié à l'autopsie.

Ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, c'était l'impossibilité, pour le malade, de fermer complètement l'œil droit, tandis qu'il fermait bien le gauche; il existait donc une parésie du facial supérieur, à droite, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie des membres et du facial inférieur, j'ai pensé que ce fait pouvait être rapproché de l'opinion de Mendel, à savoir que le noyau du facial supérieur est commun avec celui du moteur oculaire commun.

---

28. — **Un cas de paralysie pseudo-bulbaire** (*Province Médicale* 1896, p. 85).

C'est une femme, de 54 ans qui, brusquement, sans perte de connaissance, fut atteinte d'hémiplégie droite, puis après une nouvelle attaque, d'hémiplégie gauche complète, et qui, en même temps, présentait une paralysie complète de la langue, des lèvres, du larynx et du pharynx. A l'autopsie, on constata l'intégrité du bulbe et de l'écorce cérébrale, mais un ramollissement étendu de la moitié droite de la protubérance et une lésion du segment externe du noyau lenticulaire à gauche ; à droite, il existait seulement une petite lésion dans le centre ovale, au niveau des faisceaux pariétaux inférieurs.

Ce n'est pas un cas pur de paralysie pseudo-bulbaire aiguë cérébrale, puisqu'il existait des lésions protubérantielles.

29.— **Un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse** (En collaboration avec M. DREYFUS, interne des hôpitaux. Société de Médecine de Lyon, 24 mai 1897 et *Lyon Médical* 1897, t. 85, p. 622).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans dont deux tantes présentèrent de la titubation. Lui-même présente, depuis l'âge de 15 ans, de l'incertitude de la marche, de la titubation, de la lenteur de la parole, de l'exagération des réflexes, en somme les caractères de l'herédo-ataxie cérébelleuse décrite par Marie.

---

30. — **Hémiplégie cérébrale infantile. Réveil de l'affection 50 ans après le début** (En collaboration avec M. LANNOIS, agrégé, médecin des Hôpitaux. *Lyon Médical* 1895, t. 80, p. 562).

C'est un malade qui eut son hémiplégie infantile vers l'âge de 2 ans et qui, à 56 ans, eut une attaque à la suite de laquelle son hémiplégie devint complète et s'accompagna rapidement de contracture. Il avait eu des crises épileptiques depuis l'âge de puberté jusque vers 40 ou 45 ans. A l'autopsie, nous avons trouvé une énorme porencéphalie de l'hémisphère droit, avec une dégénérescence du faisceau pyramidal qu'on pouvait suivre dans le bulbe, la protubérance et la partie supérieure de la moelle.

Nous faisons précéder cette observation de considérations sur la cause probable du réveil de cette encéphalite ancienne; comme le malade était tuberculeux, nous avons pensé que les toxines du bacille de Koch avaient pu jouer un rôle à ce point de vue.

31.— **Du réveil des affections anciennes des centres nerveux.** — (Thèse de Lyon 1895 (médaille de bronze).

Au début de ce travail, j'établis une distinction entre les phénomènes de rappel décrits par M. Pierret et ceux de réveil proprement dit des affections anciennes des centres nerveux. Le type de ces derniers cas se sont les reprises d'amyotrophie chez les anciens paralytiques infantiles. J'étudie complètement ces phé-

nomènes, j'en discute la pathogénie, la théorie de l'épine irritative, la théorie infectieuse, la théorie d'une prédisposition héréditaire de la substance grise, pour adopter une théorie éclectique.

Enfin je joins à cette étude l'observation que j'ai publiée avec M. Lannois et que j'ai rappelée à l'article précédent.

---

32. — **Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires** (En collaboration avec M. Bonne, interne des Hôpitaux. *Revue de Médecine* 1897, p. 204).

Nous publions l'observation de trois frères atteints d'affection nerveuse similaire; ce sont des enfants d'une famille de dix, parmi lesquels il y eut une grande mortalité.

On ne trouve pas d'hérédité pathologique ni chez les ascendants ni chez les collatéraux. Seuls, les garçons sont atteints de l'affection, à l'exclusion des filles; les deux aînés ont été atteints à douze ou quatorze ans, le plus jeune à six ans. Le début s'est fait par du nystagmus chez le dernier, par les troubles de la marche chez les deux autres.

Au moment de l'examen des malades, voici ce que l'on constate: au repos, les membres inférieurs sont à demi-fléchis et incomplètement extensibles; moins marquée chez le second que chez l'aîné, la contracture l'est à un haut degré chez le troisième, qui présente, debout, l'attitude de la maladie de Little.

Chez tous les trois, la démarche est, avant tout, spasmodique ; elle est titubante chez les deux aînés.

Il n'y a pas de signe de Romberg.

Il y a du tremblement intentionnel des membres supérieurs, du nystagmus, une bradylalie monotone, de l'exagération des réflexes rotuliens avec clonus du pied, une atrophie nette des papilles et quelques malformations congénitales. A noter l'absence de troubles de la sensibilité et de modifications de l'intelligence.

Il s'agissait de chercher dans quel cadre des maladies familiales nerveuses on pouvait faire entrer ces observations.

Nous avons d'abord établi que, pour prendre place parmi les affections familiales, une maladie doit réunir les caractères suivants :

1° Elle doit atteindre, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération ;

2° Débuter à peu près au même âge chez tous les enfants de cette génération ;

3° Etre cliniquement indépendante de toute influence extérieure d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine ;

4° Ces divers caractères doivent constituer la règle et non l'exception.

Nous nous appuyons sur les considérations précédentes pour rejeter la sclérose en plaques du cadre des affections familiales : les cas publiés sous le titre de scléroses en plaques familiales peuvent être rattachés, soit aux *diplégies cérébrales*, soit aux *paraplégies familiales spasmodiques*, soit à l'*hérédo-ataxie cérébelleuse*. Nous pensons donc que, pour le moment du moins, le caractère familial nettement constaté d'une maladie doit faire éliminer le diagnostic de sclérose en plaques.

Nous montrons ensuite pour quelles raisons nous ne pouvons ranger nos observations parmi les diplégies cérébrales familiales ; ni dans le cadre de la maladie de Friedreich (à cause de l'exagération des réflexes) ; ni dans celui de l'hérédo-ataxie cérébelleuse (à cause du début dans l'enfance, du peu d'importance de la titubation, de l'intensité des contractures).

En résumé, nous pensons que ces faits constituent des cas de transition entre l'hérédo ataxie cérébelleuse et les observations dont les symptômes semblent résulter en plus grande partie des lésions du faisceau pyramidal, et qui furent publiés sous le nom de sclérose en plaques ou de diplégie spastique héréditaire ou familiale.

---

33. — **Compression de la moelle par luxation vertébrale** (*Lyon Médical* 1898, t. 88, p. 371).

Un vieillard de 71 ans, en enlevant ses chaussures, étant assis sur une chaise, fut pris d'étourdissement, fit une chute en avant et ne put se relever seul. On constatait, à son entrée à l'hôpital, une impotence fonctionnelle absolue des quatre membres ; la nuque était douloureuse au niveau de la 5e dorsale, la tête immobilisée et la flexion impossible ; de plus, une dépression à la hau-

teur de la 5e apophyse épineuse correspondait à une saillie du côté du pharynx. La réduction de cette luxation vertébrale, opérée par M. Jaboulay, et maintenue par une minerve, fit cesser les accidents paralytiques très rapidement. Ce qui est curieux, c'est que le malade ait pu se faire une luxation vertébrale avec un si petit traumatisme ; il est probable qu'une action musculaire énergique est intervenue pour rejeter la tête en arrière.

---

34. — **Un cas de syndrôme de Brown-Sequard.** (Société de Médecine de Lyon, 8 juin 1896. In *Lyon Médical* 1896, t. 82, p. 253).

Il s'agit d'un sabotier de 22 ans qui, pendant qu'il était occupé à scier du bois, reçut sur le dos un homme tombé du haut d'un arbre voisin. Le malade fut précipité à terre et, sans qu'il eut perdu connaissance, se trouva dans l'impossibilité de se relever. Il eut ainsi une impotence complète des quatre membres pendant six semaines, puis il se fit une amélioration progressive. Lors de notre examen, nous constatons une paralysie incomplète du bras gauche et très incomplète de la jambe du même côté, s'accompagnant d'atrophie musculaire, et, en outre, une anesthésie très nette de tout le côté droit du corps; ainsi troubles moteurs prédominant à gauche et troubles sensitifs à droite; c'est une ébauche du syndrome de Brown-Séquard. Voici comment nous interprétons l'histoire de ce malade : à la suite du traumatisme, il a eu une fracture d'une lame vertébrale portant sur la 2e vertèbre dorsale probablement ; en même temps il s'est fait un hématome, dont la résorption explique la rétrocession assez rapide des premiers symptômes. Au moment de l'examen, il persiste une compression de la moelle, portant surtout sur sa moitié gauche, compression due soit à un enfoncement d'une lame, soit à un processus de pachyméningite.

---

35. — **Observation de tabes syphilitique précoce** (*Lyon Médical* 1892, t. 70, p. 211).

Si les faits de syphilis médullaire précoce sont assez nombreux, il n'en est pas de même pour le tabes syphilitique précoce.

Pour Gilbert et Lion, il n'en existe que deux observations valables, dans lesquelles le début se fit un an dans un cas, trois mois dans l'autre après l'accident primitif.

Le malade que j'ai observé, dans le service de M. Cordier, a présenté les symptômes de l'ataxie quatre mois après son chancre. Il s'agissait, d'ailleurs, d'une syphilis particuliérement grave, et l'ataxie se caractérisa par une évolution rapide.

---

36. — **Considérations pathogéniques sur les atrophies tabétiques** (Société de Médecine de Lyon, 15 mai 1899).

A propos d'un cas d'artropathie tabétique de la hanche, j'émets cette idée que l'on pourrait faire jouer, dans la pathogénie de ces affections, un rôle aux lésions des fibres centrifuges des racines postérieures des cellules des cornes antérieures. Ces mêmes lésions expliqueraient la coïncidence des crises gastriques et des arthropathies, puisque les fibres centrifuges seraient les origines des rameaux communicants des ganglions sympathiques.

---

37. — **Crises gastriques et syringomyélie** (En collaboration avec M. René Pouly, interne des Hôpitaux. *Revue de Médecine*, décembre 1900).

Dans ce court article, nous publions l'observation d'un syringomyélique qui a présenté, au début de son affection, des crises gastriques absolument semblables à celles que l'on observe dans le tabes. Nous avons pu trouver quelques observations semblables dont cinq réunies dans un mémoire de Lamacq et un autre d'Oppenheim, cité par M. Raymond.

---

38. — **Spasmes fonctionnels du cou.** (Comptes rendus du Congrès de Médecine de Lyon, 1894, p. 466).

J'ai présenté, au Congrès de 1894, l'histoire de trois malades que j'avais observés dans le service de M. le professeur Bondet. Ces malades présentent des spasmes intermittents dans les muscles du cou, spasmes douloureux, qui portent la tête du malade soit à droite soit à gauche, mais toujours du même côté chez le même individu, et qui ne cessent que dans certaines positions ou attitudes.

Chez deux de ces malades j'ai relevé l'existence d'un goître et j'ai pensé que, peut-être, ce goître jouait un rôle dans la production des spasmes en irritant les nerfs cervicaux. Pour l'un de ces trois malades, dont le spasme s'arrêtait facilement par le simple maintien d'un doigt appuyé sur le menton, j'ai admis qu'il s'agissait d'un torticolis mental, suivant la théorie de M. Brissaud.

J'admettais, en somme, trois cas dans lesquels pouvait se produire ce spasme des muscles du cou :

1° Chez certains neurasthéniques ou dégénérés, il s'agissait d'une maladie de la volonté, torticolis mental de M. Brissaud.

2° Chez des hémiplégiques, il existait une paralysie des muscles d'un côté du cou avec spasme des antagonistes (Féré).

3° Il y aurait hyperkinésie du spinal, suivant l'expression de M. Jaccoud, cette hyperkinésie du spinal pouvant être d'origine réflexe.

---

39. — **Théorie réflexe du torticolis spasmodique** (*Revue de Médecine* 1897, p. 130).

Dans cet article, je reviens sur les cas précédents à propos d'opinions que m'avaient attribuées Isidor et de Quervain. J'établis que je n'ai pas voulu faire une théorie thyroïdienne de cette affection, comparable à la théorie thyroïdienne du goitre exophtalmique, ainsi que les auteurs ont paru le croire.

Je puis ajouter que certains faits publiés récemment par M. Jaboulay, d'une part, par M. Chipault de l'autre, démontrent l'intervention du sympathique dans certains cas de torticolis spasmodique ; à ce point de vue, je suis heureux d'avoir attiré l'attention sur l'existence d'un goître chez plusieurs de ces malades.

40. — Névrite double d'origine professionnelle et par compression des nerfs cubital et médian du coté droit (*Province Médicale* 1897, p. 257).

C'est un corroyeur qui, pour lisser les peaux, se sert d'un instrument dont le manche en bois est pris dans la main droite de la même façon qu'on tient le couteau dans le coup de Lisfranc ; en même temps la main gauche entoure la droite et l'ouvrier peut ainsi déployer toute sa force pour faire glisser son instrument sur les peaux à lisser. A la suite d'un travail excessif, il eut des douleurs dans les doigts de la main droite, puis de l'atrophie des muscles du pouce et des deux premiers doigts, dont l'impotence l'empêchait de couper son pain ; le bras devint progressivement aussi plus faible.

Outre cette paralysie, il existait une hypoesthésie dans tout le domaine du médian.

J'ai pensé que l'outil avait produit, par compression, une névrite de la branche palmaire profonde du cubital et des branches terminales du médian ; puis le malade, manifestement nerveux antérieurement, a fait une paralysie reflexe des muscles de l'avant-bras et du bras. J'ai rapproché ce cas d'un autre semblable publié par M. Ballet.

---

41. — Hémiplégie hystérique d'origine saturnine (Société de Médecine de Lyon, 6 décembre 1897, *Lyon Médical* 1897, t. 86, p. 506).

C'est un homme de 46 ans, alcoolique et saturnin et qui présente une hémiplégie gauche, siégeant du même côté qu'une ancienne fracture du radius, fait qui a pu jouer un rôle dans la production d'une idée subconsciente. Le long supinateur n'a pas son intégrité habituelle dans la paralysie saturnine vraie.

---

42. — **Hémiplégie hystérique avec flaccidité remarquable** (Société de Médecine de Lyon, 25 avril 1898. *Lyon Médical* 1898, t. 88, p. 119 et p. 192).

Dans ce cas, il y avait un diagnostic délicat à faire. En effet, le malade, âgé de 34 ans, s'était tiré une balle dans la tempe droite en juillet 1897. La balle fut extraite, et c'est seulement trois mois après qu'apparut une hémiplégie gauche progressive. Je me suis appuyé sur l'absence d'épilepsie jaksonienne, sur une flaccidité extraordinaire des membres paralysés, et surtout du poignet, sur l'existence d'une hémianesthésie totale et de polyopie monoculaire, pour écarter l'idée d'un processus méningitique et pour porter le diagnostic d'hémiplégie hystérique. Il est curieux de noter que cette hémiplégie s'est faite du côté opposé à la lésion, sans qu'on puisse expliquer ce fait par une suggestion particulière.

80864. — Imp. P. Legendre et Cie, 14, rue Bellecordière, Lyon.